N° 45

DU TRAITEMENT

DE

L'ENTROPION ET DU TRICHIASIS

PAR LA TARSOPLASTIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

le 10 mars 1888

PAR

Joseph ARNAVIELHE

Né à Aniane (Hérault)

Lauréat des Concours de bourse (Conc. 1884, Conc. 1885)

Lauréat de la Faculté de médecine de Montpellier (Conc. 1887, mention hon.)

Élève du service de santé militaire

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1888

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.

GRASSET, Assesseur.

Professeurs.

	Messieurs :
Clinique médicale.	COMBAL (✲ ✠).
Clinique des mal. ment. et nerv.	CAVALIER (✲).
Idem (Chargé du cours).	MAIRET.
Physique médicale.	MOITESSIER (✲)
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Clinique médicale.	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur.méd.	PLANCHON (✲ ✠).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe.	CHALOT.
Anat. pathol. et histol.	KIENER (✲).
Anatomie (Chargé du cours).	GILIS.
Thérap. et Matière médicale.	HAMELIN (✲).

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✲ ✠).

Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✲), DUPRÉ (✲ C. ✠).

Chargés de Cours de Cliniques annexes :

Clinique des maladies des enfants. MM	BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	MOSSE (✲), agrégé.
Clinique ophthalmologique.....	TRUC, agrégé.

Agrégés en Exercice

Messieurs :	Messieurs :	Messieurs
CARRIEU.	VILLE.	GERBAUD.
MAIRET.	GRANEL.	GILIS.
MOSSE (✲).	BOINET.	MALOSSE.
REGIMBEAU (✲).	BROUSSE.	BIMAR.
BLAISE.	FORGUE.	
BAUMEL.	TRUC.	

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUBRUEIL, *président.*
TÉDENAT, Professeur.
TRUC, agrégé.
FORGUE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

J. ARNAVIELHE.

A MES PARENTS

A Monsieur l'Abbé **REYNARD**
Curé de Saint-Roch, à Montpellier

A TOUS MES AMIS

J. ARNAVIELHE.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur DUBRUEIL

Chevalier de la Légion d'honneur

A Monsieur le Professeur KIENER

Médecin principal de l'armée
Médecin chef des salles militaires de l'hôpital de Montpellier
Professeur-Agrégé à l'école du Val-de-Grâce
Chevalier de la Légion d'Honneur, Officier d'Académie

A Monsieur le Professeur-Agrégé TRUC

Chargé du cours de clinique ophtalmologique

J. ARNAVIELHE.

INTRODUCTION.

Le trichiasis et l'entropion déterminent ordinairement des troubles oculaires considérables. Le frottement incessant des cils sur la cornée provoque souvent des altérations graves de cette membrane, de vives douleurs et un affaiblissement progressif de la vision. Ils constituent d'ordinaire, au point de vue fonctionnel, une affection redoutable.

On comprend donc que les chirurgiens aient de tout temps cherché à les combattre et imaginé dans ce but de nombreux procédés opératoires.

Le procédé de M. Gayet, que nous avons vu appliquer à la clinique ophtalmologique de Montpellier par M. le professeur-agrégé Truc, chargé du cours, a donné de bons résultats.

Cette opération présente de nombreuses indications. Nous en faisons l'objet de notre thèse inaugurale.

Notre travail comprendra six chapitres: Dans le premier, nous ferons connaître l'entropion et le trichiasis; dans le second, nous passerons en revue les traitements divers qui leur ont été opposés.

Le troisième sera consacré à la description des procédés le plus en faveur aujourd'hui.

L'exposé du procédé de M. Gayet occupera le quatrième.

Dans le cinquième, sera faite la critique des procédés employés de nos jours.

Dans le sixième, celle du procédé de M. Gayet.

Quant aux observations, nous ne les avons pas réléguées, ainsi qu'il est d'usage, dans un chapitre à part. Nous nous en sommes servi au fur et à mesure de nos besoins ; elles ont été en quelque sorte des arguments à l'appui des opinions que nous avons émises.

Avant d'aborder notre travail, il est de notre devoir d'adresser à M. le professeur Dubrueil tous nos remerciements pour avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Qu'il nous soit aussi permis d'adresser à M. le professeur-agrégé Truc l'expression de notre vive gratitude, pour les utiles conseils qu'il a bien voulu nous donner.

DU TRAITEMENT

DE

L'ENTROPION ET DU TRICHIASIS

PAR LA TARSOPLASTIE

CHAPITRE I.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'ENTROPION ET LE TRICHIASIS.

On appelle trichiasis, une implantation vicieuse des cils qui, au lieu de se porter en avant, ce qui est leur direction normale se portent en arrière et viennent frotter contre la cornée.

Quelles sont les causes qui interviennent pour produire cette déviation ? Ce sont, en général, les irritations prolongées du bord libre de la paupière, telles que les blépharites glandulo-ciliaires.

Dans ces cas, l'inflammation atteint dans sa totalité le bord palpébral qui se boursoufle d'abord. Mais à la longue, soit par suite de la transformation inodulaire que subit le tissu conjonctif formant la charpente de cette partie de la paupière, soit par le fait de l'irritation que subissent les petits faisceaux musculaires qui entourent la base des cils, ceux-ci

sont entraînés petit à petit dans une direction vicieuse et viennentfinalement se mettre en contact avec le globe oculaire.

Lorsque la maladie en est arrivée à ce point, il est assez rare que les cils aient conservé l'aspect qu'ils présentaient auparavant. La blépharite atteignant profondément le bulbe pileux, celui-ci s'atrophie lentement et les cils prennent un aspect misérable: ils sont maigres, raccourcis, décolorés. L'atrophie des bulbes et la transformation cicatricielle qu'a subie le tissu conjonctif ont pour conséquence la destruction de la marge palpébrale qui ne tarde pas à se montrer amincie, aiguë et tranchante.

Il n'en est cependant pas toujours ainsi: dans le cas de trichiasis congénital, la paupière et les cils sont absolument normaux; on voit alors les cils disposés sur deux, trois rangées: la première présentant une direction naturelle; les autres venant au contact de l'œil. C'est là ce qu'on désigne par les mots distichiasis, tristichiasis, etc.

Dans l'entropion, ce ne sont pas alors seulement les cils qui sont déviés vers le globe oculaire, c'est le bord libre lui-même.

Plusieurs ordres de causes peuvent produire cette affection. Nous ne ferons que citer le spasme de l'orbiculaire, l'absence ou la petitesse du globe oculaire, donnant naissance aux entropions musculaire ou aigu et bulbaire.

La transformation cicatricielle des tissus internes de la paupière, produisant l'entropion que l'on a appelé cicatriciel, nous intéresse bien plus. Les traumatismes divers atteignant la face interne des paupières peuvent le produire, mais la maladie qui l'occasionne le plus fréquemment, c'est le trachome, la conjonctivite granuleuse, transformant la conjonctive palpébrale en un tissu de cicatrice possédant au suprême degré la propriété de se rétracter.

Par les progrès de l'inflammation, les glandes de Meibonius sont atteintes et s'atrophient. «Alors, comme dit Gayet,

le tarse ainsi amoindri d'une portion considérable de ses éléments, se resserre, se recroqueville et se gondole; grâce à ce retrait, les paupières diminuent de hauteur, semblent devenir de plus en plus courtes et finalement prennent l'aspect misérable, qui est peut-être le caractère le plus saillant de l'entropion.» (*Ann. ocul.*, t. LXXXVII, p. 30.)

Dès que les cils, enfraînés par la force qui attire le bord libre en dedans, arrivent au contact du bulbe oculaire, celui-ci s'enflamme; on voit apparaître sur la cornée une fine arborisation vasculaire augmentant peu à peu, et si l'on n'intervient pas rapidement, elle se couvre d'un pannus épais qui intercepte tout passage aux rayons lumineux.

Par suite du contact des cils avec l'œil, le patient éprouve une sensation pénible de corps étranger, en même temps que des douleurs très vives résultant des lésions conjonctivales et cornéennes.

Un larmoiement considérable apparaît; la photophobie qu'éprouve le malade se traduit par du blépharospasme. Cette contracture énergique de l'orbiculaire augmente encore le mouvement des cils en dedans; ceux-ci viennent, par suite, balayer plus énergiquement la cornée qui, à son tour, réagit plus énergiquement, en déterminant par voie réflexe la contraction plus énergique du muscle. On a donc, de la sorte, un cercle vicieux, dont il est impossible de sortir sans l'intervention du chirurgien.

Tous les malades ne présentent pas cette série de phénomènes morbides; chez quelques-uns, le globe oculaire résiste mieux que chez d'autres à l'action irritante des cils; c'est là le fait probablement d'une disposition native. Dans une leçon clinique récemment publiée, M. le professeur Panas met en lumière la susceptibilité particulière qu'offrent les yeux des scrofuleux à l'action des causes morbides (1).

(1) Panas. Des lésions cornéennes chez les granuleux. *Un. méd.* 1, 3 déc. 1887.

accentués que ceux de l'entropion, à cause de l'état de maigreur des cils en pareil cas.

Dans l'entropion, au contraire, les cils ont toute leur force et toute leur longueur ; de plus, si la maladie est assez avancée, la face cutanée de la paupière se mettant en rapport avec le bulbe oculaire contribue pour sa part à l'irriter.

CHAPITRE II.

TRAITEMENT. — HISTORIQUE.

Nous allons rapidement passer en revue les divers moyens que l'on a mis en œuvre dans le but de combattre soit l'entropion, soit le trichiasis.

Les procédés que l'on trouve décrits dans la littérature médicale peuvent se ranger en cinq classes :

1° Ceux qui détruisent les cils.

2° Ceux qui les redressent directement.

3° Ceux qui les redressent indirectement.

4° Ceux qui transplantent le sol ciliaire.

5° Ceux qui font de l'autoplastie palpébrale.

1° Destruction des cils. — Le procédé le plus fréquemment employé est l'épilation, que l'on pratique au moyen d'une pince spéciale. Mais les cils reparaissent très vite et l'on est obligé de répéter souvent l'opération.

Aussi la plupart des chirurgiens joignent-ils à l'épilation la cautérisation par l'ignipuncture (Celse, Paul d'Egine, A. Paré, Caron du Vilars) ou par l'électropuncture (Le Fort). D'autres détruisent les bulbes en les mettant à nu par des incisions convenables (Vacca Berlinghieri).

Ces procédés doivent être rejetés, car ils ne remplissent pas une indication essentielle dans le traitement de l'entropion : conserver les cils. En effet, leur suppression prive l'œil

d'un appareil de protection et de plus les résultats au point de vue esthétique sont réellement désastreux.

Flarer résèque complètement l'angle antérieur du bord libre, comprenant les cils et leurs bulbes. Ce procédé barbare adopté par Gerdy, a été modifié dernièrement par Galezowski, sans qu'il soit arrivé à le rendre acceptable.

2° Redressement direct des cils. — Celse ramenait les cils dans leur direction normale au moyen d'un cheveu de femme. Rhazes les frisait pour obtenir le même résultat. C'était au moyen d'agglutinatifs qu'Héraclide traitait le trichiasis; de nos jours, quelques chirurgiens se sont servis du collodion ou de serres-fines.

Tous ces moyens, outre qu'ils sont en général d'une exécution assez difficile, ne sont que palliatifs et ne peuvent en aucune façon agir efficacement sur la marche de la maladie.

3° Redressement indirect des cils. — On l'obtient en faisant rétracter la peau ou en la raccourcissant au moyen du fer rouge (Delpech, Larrey, Jobert, Dieffenbach, Galezowski, Trousseau) ou de caustiques solides ou liquides.

On a fait remarquer qu'il est bien difficile de limiter l'action de ces agents et de les manier impunément au niveau d'un organe aussi délicat que l'œil.

C'est dans le même ordre d'idées qu'on a employé l'excision d'un lambeau cutané, la plaie ainsi produite étant abandonnée à la cicatrisation ou réunie par des sutures. Celse, Paul d'Egine, Guy de Chauliac, Vigo, font mention de pareils moyens dans leurs écrits. Le résultat immédiat est généralement favorable, mais les récidives ne tardent pas à se produire.

Les ligatures de Gaillard, de Poitiers, ont un effet un peu plus durable.

Le procédé de Pagenstœcher, qui n'est que la combinaison des ligatures de Gaillard, de la cauthoplastie et de la tarsotomie de Von Ammon, est excellent, mais ne s'applique qu'à des cas légers. On peut en dire autant des opérations décrites par Streattfield et par Snellen.

4° Transplantation du terrain ciliaire. — Nous trouvons, dans Paul d'Egine, une description très nette de transplantation.

Chez les modernes, Jœsche, le premier, a eu l'idée de déplacer le terrain ciliaire. Nous verrons plus loin les détails de l'opération qu'il imagina dans ce but, avec les modifications qui y furent introduites par Arlt.

De Græfe, Anagnostakis, Panas font subir à cette opération des changements, destinés à prévenir les inconvénients qu'ils signalaient dans l'opération de Jœsche-Arlt. Warlomont combine le dédoublement du bord de Arlt avec le procédé d'Anagnostakis.

Tous ces procédés exercent une traction cicatricielle suffisante pour ramener les cils à leur place. Mais si la rétraction conjonctivale n'est pas terminée, elle vaincra facilement cette traction cutanée et l'affection se trouve rétablie à nouveau.

5° Procédés autoplastiques. — Les procédés autoplastiques obvient à cet inconvénient ; ils redressent d'une manière définitive le bord ciliaire.

Spencer Watson, le premier en 1873, imagina un procédé autoplastique pour la cure de l'entropion et du trichiasis. (*Opht. hosp. reports* 1873, VII, p. 440. — *Med. Times Gazette* 1874, XLIX, p. 546). Des modifications importantes furent apportées à ce procédé par Junge en 1876, et Nicati en 1878, (*Marseille médical* 1878, société de chir. même année).

Mais ces diverses publications avaient eu peu de retentis-

sement; aussi, M. Gayet put-il se croire le créateur de la méthode lors du Congrès d'Amsterdam, en 1879.

Enfin, MM. Dor, Dianoux, Burchard et Sehœler ont successivement imaginé des opérations qui se rapprochent plus ou moins de celles décrites par les auteurs précédents.

CHAPITRE III.

EXPOSÉ DES PROCÉDÉS ACTUELS.

Dans ce chapitre, nous reprendrons une à une les diverses opérations que les chirurgiens emploient de préférence aujourd'hui dans la cure de l'entropion et du trichiasis, et que nous n'avons fait que citer dans le chapitre précédent. Nous réserverons toutefois, au procédé de M. Gayet, une place à part.

Procédé de Jœsche-Arlt. — Dans un premier temps, portant le couteau sur le bord palpébral, on le divise, dans toute l'étendue de l'implantation vicieuse des cils, en deux portions : l'une, antérieure, comprenant le muscle et les cils ; l'autre, postérieure, est composée du tarse et de la conjonctive.

Le deuxième temps consiste à circonscrire sur la face antérieure de la paupière un lambeau cutané à l'aide de deux incisions, pénétrant toutes deux jusqu'au cartilage tarse; le lambeau sera d'autant plus grand qu'il faudra relever plus fortement les cils introversés. On le sépare de ses attaches profondes, en ayant bien soin de respecter les fibres musculaires de l'orbiculaire.

Dans un troisième temps, on réunit les lèvres de la section par des sutures, de manière que le bord supérieur de la bandelette garnie de cils vienne se juxtaposer à la lèvre supérieure de la section cutanée, en faisant glisser cette bandelette de bas en haut au devant du cartilage tarse.

Procédé de Watson. — On fait en arrière de la rangée des cils, et dans une longueur déterminée par la lésion, une incision de deux ou trois millimètres de profondeur. Une deuxième incision est pratiquée le long de la surface cutanée, parallèlement au bord ciliaire et à une petite distance de lui.

Le lambeau ciliaire ainsi obtenu est sectionné à une de ses extrémités, externe par exemple, et séparé des tissus sous-jacents. On taille au-dessus un deuxième lambeau cutané que l'on dissèque, de manière à le libérer par sa face profonde. Celui-ci est adhérent par sa partie externe, libre par conséquent à son extrémité interne.

La bandelette ciliaire est alors portée à la place de la bandelette cutanée et *vice versâ ;* on maintient, enfin, les choses en l'état par des ligatures convenables.

Procédé de Nicati. — Ce procédé consiste, comme celui de Watson, à faire un lambeau du bord ciliaire et à glisser à sa place une bande de peau prise au-dessus. Nicati saisit avec des pinces le bord ciliaire, et coupe avec des ciseaux la portion du bord à transplanter, en la laissant adhérer à sa partie interne. Le lambeau ainsi détaché, qui possède une hauteur de 4 ou 5 millimètres, comprend dans son épaisseur la peau, avec les cils et le muscle ciliaire. Les lèvres de la plaie sont réunies par des sutures convenables.

Nicati circonscrit alors au bistouri la nouvelle face marginale, et place dans le sillon ainsi obtenu le lambeau ciliaire, maintenu par des sutures.

Si le trichiasis occupe toute la paupière, l'auteur est d'avis de partager le bord ciliaire en deux lambeaux.

Procédé de Jünge.— Voici comment Meyer, dans son Traité

des maladies des yeux (page 705), décrit cette opération :

« On divise d'abord en deux le bord libre de la paupière, comme dans le procédé de Jœsche-Arlt ; puis on fait une incision horizontale, parallèle au bord de la paupière et à peu près à 3 ou 4 millimètres de ce même bord ; cette incision doit aller de l'angle interne à l'angle externe. Des deux extrémités de cette incision, on fait partir deux petites incisions qui traversent toute l'épaisseur de la lamelle charnue, obtenue au premier temps de l'opération. Ces incisions, prolongées jusqu'au bord libre de la paupière, donnent une bandelette de peau munie de cils à l'un de ses bords, et forment un quadrilatère. Par suite des deux incisions, cette bandelette se rétrécit dans le sens de la longueur, et cette rétraction amène de chaque côté deux pertes de substance en forme de quadrilatère.

» Ensuite à travers la peau, à 3 ou 4 millimètres au-dessus de la première incision faite sur la paupière, on trace une autre incision horizontale et parallèle. On obtient ainsi un lambeau que l'on sépare entièrement du tissu cellulaire et du muscle sous-jacent, sauf aux deux extrémités. Puis on l'attire en bas, au-dessous des cils, tandis qu'à sa place on fixe la bandelette inférieure qui porte les cils.

» Le bord supérieur du lambeau ciliaire est réuni à la lèvre supérieure de la section cutanée au moyen de quatre fils de catgut. Le lambeau cutané, encore adhérent à la paupière par ses deux petites extrémités, est suturé dans l'incision intermarginale. En même temps, les deux petits quadrilatères sont recouverts par le passage oblique de ce lambeau. »

Procédé de Dianoux. — Nous allons le reproduire tel que son auteur l'a décrit (*Ann. Ocul.* 82, t. LXXXVIII, p. 36-37).

Premier temps : la paupière étant fixée, une incision est

conduite, parallèlement au bord libre de la paupière, dont elle est distante de 4 millimètres environ, sur la face externe de celle-ci; sa longueur est proportionnée aux lésions. Elle pénètre jusqu'au cartilage tarse exclusivement.

Deuxième temps : le couteau à double tranchant de Guérin est alors introduit de bas en haut dans le bord palpébral, en arrière des cils. On peut au besoin s'aider de la loupe pour s'assurer que tous les cils appartiennent bien à la lèvre antérieure. Par un mouvement du couteau de droite à gauche, on dédouble ainsi la paupière en deux feuillets, dont l'antérieur comprend le sol ciliaire transformé en une bandelette plus ou moins longue (dédoublement de Jœsche-Arlt).

Troisième temps: une nouvelle incision parallèle à la première, dont elle est distante de 3 millimètres environ, circonscrit, dans la peau de la paupière, une bandelette semblable de forme et de dimension. Il est nécessaire de prolonger l'incision de 2 millimètres en dedans et d'une quantité égale en dehors, pour que la bandelette puisse être abaissée sans tiraillement. On sépare alors avec un couteau cette bandelette exclusivement cutanée du muscle orbiculaire.

Quatrième temps: une pince, conduite de bas en haut, vient accrocher la bandelette de peau et l'attire sous celui-ci, d'abord à l'un de ses angles, puis à l'autre; la partie médiane suit le mouvement. On facilite cette opération, en soulevant le lambeau ciliaire au moyen d'un crochet à strabisme. La bandelette cutanée prenant ainsi la place qu'occupait le sol ciliaire est fixée, par trois points de suture fixés au centre et aux deux extrémités de son bord inférieur, au bord libre de la charpente cartilagineuse.

Cinquième temps: le sol ciliaire est remonté et soigneusement étalé sur le cartilage tarse dénudé par le retrait de l'orbiculaire, que l'on continue à relever avec le crochet. Le

bord qui supporte les cils doit dépasser exactement le bord supérieur de la bandelette cutanée, qui a pris sa place et lui est contigu. Pour le maintenir dans cette position, deux ou trois points de suture sont passés dans l'épaisseur du cartilage ou dans le ligament suspenseur et fixent le bord supérieur du bord ciliaire exactement au tarse.

Procédé de M. Dor. — Nous reproduirons ici la description que Parant donne de ce procédé, dans sa thèse à laquelle nous avons fait de larges emprunts.

Premier temps: incision longitudinale, comprenant tous les tissus externes, faite à 2 ou 3 millimètres du bord libre et parallèlement à lui ; son étendue est en rapport avec les lésions.

Deuxième temps: incision intermarginale. Un couteau à cataracte, qui vient sortir par la première incision, sépare des parties profondes un lambeau qui comprend la peau, le muscle orbiculaire, les cils et leurs bulbes. On a ainsi un lambeau en forme de pont.

Troisième temps: incision verticale allant jusqu'au tarse et partant des extrémités de la première incision; on délimite ainsi un rectangle, adhérent seulement par sa partie supérieure et par sa face profonde.

Quatrième temps: par des tractions modérées, on amène la partie inférieure de ce rectangle au-dessous du lambeau en pont.

Cinquième temps: incision longitudinale, parallèle au bord libre et située à une distance de ce bord à peu près égale à la hauteur du sol ciliaire mobilisée. De simples tractions déterminent un écartement suffisant pour loger le lambeau ciliaire.

Sixième temps: sutures métalliques qui maintiennent les nouveaux rapports.

CHAPITRE IV.

EXPOSÉ DU PROCÉDÉ DE M. GAYET. — OBSERVATIONS.

Nous décrirons maintenant le procédé de M. le professeur Gayet, tel que nous l'avons vu appliquer à Montpellier par M. le professeur-agrégé Truc, chargé du cours de clinique ophtalmologique.

Le sujet est d'abord rendu aseptique; nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici les diverses précautions prises dans ce but à l'hôpital de Montpellier, et que nous trouvons minutieusement décrites dans le premier Bulletin de la clinique ophtalmologique de Montpellier, publié par MM. Truc et Masmejean (*Montpellier Médical*, octobre 1887):

«Le malade prend, le matin de l'opération, un bain général et subit au moment de l'opération une toilette dont voici les divers temps:

»1° Lavages au savon et à la brosse.

»2° Lavages avec la solution de Panas (biiodure d'hydrargyre 0,05 centigr. Alcool 20. Eau 1000).

»3° Irrigations répétées des culs-de-sac conjonctivaux.

«4° Irrigations nasales.

»Les sourcils, les cils, la conjonctive, sont l'objet d'une désinfection minutieuse.

»Le moment de l'opération venu, le malade est entouré d'une toile trempée dans une solution au bichlorure de mercure et encore humide, toile destinée à fixer les poussières aériennes qui s'y déposent.

»Le chirurgien, les aides observent une très grande pro-

preté. Les instruments sont, au fur et à mesure des besoins et suivant leur nature, flambés à la lampe à alcool ou trempés dans une solution à l'iodure.»

Le malade étant alors chloroformisé (1), la paupière est saisie avec les doigts ou avec une pince et renversée au dehors. M. Truc ne se sert généralement pas de la pince de Snellen, dont les avantages sont bien loin de compenser la gêne qu'elle apporte à l'opération.

L'écoulement de sang, peu abondant dans la grande majorité des cas, est épongé au fur et à mesure par un aide spécialement chargé de ce soin.

Un couteau étroit, tel que celui à cataracte, est introduit dans le cartilage, en arrière du terrain ciliaire, et on fait au cartilage tarse et à la conjonctive une incision mesurée par l'étendue des lésions, passant exactement en arrière de tous les cils; on a, de la sorte, un sillon cruent de 4 millimètres de profondeur. On taille alors, sur la face antérieure de la paupière, un lambeau cutané triangulaire, ayant une longueur un peu supérieure à celle de l'incision intramarginale et dont la base est au niveau de la commissure externe. On dissèque ce lambeau en lui laissant tous les tissus sous-jacents, pour mieux assurer sa vitalité ; il est ensuite couché dans la gouttière créée sur le bord ciliaire, et y est fixé au moyen de deux points de suture. Le premier traverse l'extrémité du lambeau cutané et le réunit à l'angle interne de la plaie produite sur le bord libre; le second est placé près de la base du lambeau qu'il joint à l'extrémité temporale du terrain ciliaire.

Il faut veiller à ce que les fils n'embrassent qu'une partie du lambeau, à cause de la tendance qu'il a à se sphacéler.

(1) M. Truc, suivant la pratique de quelques chirurgiens, fait chez l'adulte, un quart d'heure avant l'anesthésie, une injection hypodermique contenant 1 centigr. de chlorhydrate de morphine et un demi-milligramme de sulfate neutre d'atropine.

La perte de substance qui existe sur la face antérieure de la paupière est généralement abandonnée à la cicatrisation.

Mais M. Truc réunit ces deux lèvres au moyen de deux ou trois points de suture, estimant que les fils non seulement favorisent la réunion, mais ont encore une action propre sur le redressement des cils.

Nous avons vu que l'incision pratiquée sur le bord marginal doit passer en arrière de tous les cils. M. Gayet insiste beaucoup sur ce point, car si on laissait un ou plusieurs bulbes en arrière de l'incision, ils repousseraient plus tard et pourraient alors compromettre le résultat de l'opération.

L'observation suivante montre une malade, chez laquelle l'incision passa en avant d'un bouquet de cils, sans que pour cela le succès ait été compromis.

Observation I.

Entropion double

R... Victorine, 37 ans, journalière, entrée le 4 octobre, sortie le 20 novembre 1887.

A mal aux yeux depuis longtemps. Il y a 10 ans que les paupières se sont introversées, amenant de la photophobie et des douleurs intenses; il y a beacoup d'ophtalmiques dans sa famille.

État actuel: Blépharophimosis très marqué; enroulement très considérable des deux paupières en dedans, plus accentué à gauche. On ne voit pas le bord ciliaire. Les cils sont rares, mais frottent contre la cornée, en particulier dans les angles externes.

A droite, la conjonctive présente de gros vaisseaux qui passent sur la cornée; celle-ci présente un commencement de kératoglobe et un *pannus tenuis.*

A gauche, même état de la conjonctive; mais le kératoglobe est beaucoup plus marqué, la cornée beaucoup plus trouble, permettant difficilement d'apercevoir l'iris; leucôme à la partie inférieure, de la grandeur d'une petite lentille. De ce côté, la vision est très diminuée.

10 octobre. Cauthoplastie double. 4 fils métalliques sont mis de chaque côté; en outre, excision d'un petit lambeau cutané au-dessus du bord ciliaire de chaque côté. Sutures.

13 octobre. Enlèvement des fils; la paupière reste encore enroulée, et les cils frottent à la partie interne encore beaucoup.

19 octobre. Injection d'atropo-morphine et chloroforme; séparation du champ ciliaire et introduction d'un lambeau cutané adhérent, à base interne pour l'œil droit, externe pour l'œil gauche. Sutures.

22 octobre. Le lambeau de l'œil gauche n'adhère pas très bien à la partie interne.

30 octobre. Le lambeau est toujours non adhérent à la partie interne et forme à ce niveau une saillie charnue mobile.

7 novembre. La cicatrisation est faite, mais il y a exubérance du lambeau du côté gauche; on l'ébarbe avec des ciseaux.

8 novembre. La malade accuse de violentes douleurs dans l'œil droit. A l'examen, on trouve la conjonctive bulbaire fortement congestionnée; il existe du blépharospasme. On découvre alors quelques cils situés en arrière du lambeau, et qui sont la cause de ces phénomènes; on les détruit sur-le-champ au moyen du galvano-cautère.

11 novembre. La guérison est complète, les douleurs ont complètement disparu, les phénomènes inflammatoires se sont amendés.

20 novembre. La malade sort guérie.

Revue le 25 février, la guérison s'est maintenue complète et la vision a considérablement augmenté.

Dans l'opération de Gayet, telle que nous l'avons décrite plus haut, nous supposions l'entropion externe : s'il siégeait à la partie interne, on agirait de même, mais alors de ce côté, et le lambeau cutané serait seulement adhérent par sa base à la commissure interne.

Dans les cas d'entropion médian, M. Truc, après avoir pratiqué l'incision tarso-conjonctivale exactement limitée à la région ciliaire introversée, y couche un lambeau cutané complètement détaché, et le maintient par trois points de suture placés à ses extrémités et au milieu, afin d'assurer une coaptation parfaite.

Nous plaçons ici les observations de deux malades opérées par ce procédé.

Observation II.

Distichiasis médian de l'œil gauche.

P... Eugénie, 24 ans, tailleuse en robes ; entre à l'hôpital le 10 octobre, sort le 13 octobre 1887.

Il y a 2 ans, elle s'aperçut que des cils frottaient son œil gauche. On l'a traitée jusqu'ici par l'épilation, mais l'amélioration n'est que temporaire ; la vue aurait baissé, car elle est obligée de rapprocher les objets pour voir nettement. On constate, en effet, que l'acuité visuelle de l'œil gauche a considérablement diminué.

La cornée et les conjonctives sont saines. Les cils viennent surtout frotter à la partie moyenne de la paupière supérieure gauche, qui, à ce niveau, est très amincie.

On épile la malade à plusieurs reprises. Enfin, le 10 oc-

tobre, la malade entre à l'hôpital réclamant une intervention plus énergique.

10 octobre. On fait sur l'œil gauche, au niveau du bord marginal, une incision passant en arrière de tous les cils déviés. On y place un lambeau cutané de même longueur et complètement détaché. Il est maintenu en place au moyen de deux points de suture.

13 octobre. La malade sort après enlèvement des fils. Le lambeau transplanté de l'œil gauche a très bien pris et reporte fortement en haut les cils.

17 octobre. La cicatrisation est presque achevée. Seulement le lambeau se détache nettement sur le bord libre et ne présente pas la même teinte que les autres tissus. Il est aussi un peu exubérant et on est obligé de l'ébarber.

10 février 1888. La guérison s'est maintenue. Il n'y a plus aucun frottement sur l'œil. Les bords palpébraux se sont régularisés; les cils sont bien relevés. On n'aperçoit plus trace de lambeau, le bord libre présente sa configuration normale.

Observation III.

Trichiasis moyen de l'œil gauche.

R... Joséphine, commisse, 18 ans. Entre à l'hôpital le 6 décembre 1887, sort le 2 janvier 1888. Début il y a 8 ans environ. La vue a baissé, les douleurs sont faibles, intermittentes. Elle fut soignée alors, pendant deux mois, par le nitrate d'argent.

Etat actuel: Paupières légèrement enflammées des deux côtés; conjonctive bulbaire vascularisée. Pannus diffus des deux côtés. Trichiasis surtout marqué à la partie moyenne de la paupière supérieure gauche. Le bord libre est à ce niveau très aminci. Douleurs orbitaires et frontales assez

violentes. Les larmes coulent en dehors des yeux. Sécrétion pusiforme.

7 décembre. Après chloroformisation, la malade est opérée. Une incision marginale est pratiquée au niveau de la partie moyenne de la paupière supérieure gauche. On y place un lambeau cutané pris sur la paupière supérieure et complètement détaché; trois fils placés aux deux extrémités et au milieu de ce lambeau, le maintiennent en place. On a excisé aussi un coin de cartilage.

11 décembre. On enlève les fils; réunion complète.

18 décembre. Le lambeau s'est un peu sphacélé à la partie interne; la plus grande partie adhère, mais est exubérante.

2 janvier 1888. Guérison complète, sort.

18 janvier. L'exubérance du lambeau est enlevée avec des ciseaux.

29 février. La malade est revue à cette époque là; voici ce qu'on observe : la vue a gagné du côté gauche et les douleurs n'ont plus reparu. La cornée gauche s'est éclaircie. Pas de traces d'inflammation sur le bulbe. Cils régulièrement placés et hors d'état de nuire. Pas de déformation de la paupière; sur le bord libre, on voit encore très nettement le lambeau, mais il commence à s'uniformiser avec les parties voisines.

Dans les cas de trichiasis total, comme le lambeau à transplanter, très long, aurait de grandes chances de se sphacéler, il vaut mieux faire deux opérations: une du côté interne, l'autre du côté externe.

Il peut arriver qu'on ne puisse point tailler le lambeau cutané sur la paupière, par suite d'adhérences entre la peau et les tissus profonds, ou de la présence de cicatrices résultant d'opérations antérieures. M. Warlomont le prend alors sur la région temporale.

On applique sur les deux yeux un pansement occlusif, consistant en rondelles de coton salycilé, recouvertes de papier calque et retenu par plusieurs tours de bande.

A moins d'accidents, on ne renouvelle le pansement qu'au bout de deux jours. Les sutures sont enlevées le troisième jour, surtout chez les femmes, afin de ne pas créer des cicatrices désagréables. Tout est en général terminé au bout de huit jours.

Nous avons dit que le pansement recouvrait les deux yeux; c'est là une condition indispensable pour le succès de l'opération. Les mouvements des globes oculaires étant en effet synergiques, si un œil est découvert, il exécutera fatalement des mouvements qui se répèteront dans l'autre et pourront détruire la coaptation des lambeaux.

Dans l'observation suivante, on laissa à la malade un œil découvert après l'opération ; on va voir quelles furent les conséquences de cette négligence.

Observation IV.

Entropion double, surtout marqué à droite.

H... Joséphine, 24 ans, tripière ; entre le 26 novembre 1887 à l'hôpital, sort le 12 décembre. Début il y a deux ans.

Etat actuel: Entropion de la partie médiane et interne, surtout à la paupière supérieure droite; conjonctive bulbaire fortement injectée, photophobie, larmoiement.

Du côté droit *pannus* diffus couvrant toute la cornée; injection fine périkératique. La conjonctive palpébrale présente des traces cicatrielles de granulations.

Du côté gauche : *pannus* couvrant la moitié supérieure de la cornée; la partie inférieure est transparente. Conjonctive cicatricielle; moins de photophobie et de larmoiement que

de l'œil droit. Vision; trouble des deux côtés, surtout à droite.

28 novembre. Opération de Gayet : lambeau cutané à base interne de 1 cent. 1/2 de long. On laisse à la malade, sur sa demande, un œil ouvert.

30 novembre. Le lambeau s'est détaché et présente un peu de sphacèle superficiel. On le remet en place et on l'y maintient au moyen d'un petit tampon.

1er décembre. On enlève les fils.

6 décembre. Réunion complète, sauf le sphacèle superficiel de l'extrémité du lambeau. La coaptation, du reste, est un peu lâche, d'où exubérance.

8 décembre. Toute la partie externe du lambeau s'est mortifiée.

12 décembre. Le lambeau forme à la partie interne un tubercule rosé, dont on rèsèque la partie exubérante. La malade sort; la guérison et la correction sont parfaites.

25 février. La malade entre à l'hôpital pour se faire opérer de l'œil gauche, dont les lésions ont considérablement augmenté.

Du côté droit, les cils sont parfaitement relevés malgré le sphacèle d'une partie du lambeau, le bord ciliaire est parfaitement régulier, la vision a notablement augmenté.

CHAPITRE V.

ÉTUDE CRITIQUE DES PROCÉDÉS ACTUELS.

Le procédé de Jœsche-Arlt ne fait pas partie de la méthode autoplastique; il se contente de mobiliser, de déplacer le terrain ciliaire. Les cils seront donc portés en avant, hors d'état de nuire ; mais dans le cas où le bord libre aurait perdu de son épaisseur, on ne pourra lui rendre par cette opération son épaisseur normale. On voit déjà la conséquence de ce fait : si les lésions qui avaient produit le renversement persistent encore, si, par exemple, des granulations existent encore sur la conjonctive, le tissu de cicatrice entraînera facilement en arrière ce bord aminci et l'affection se trouvera rétablie à nouveau. L'observation VI prouve, d'ailleurs, la justesse de cette remarque.

Nous n'avons jamais observé de mortification du lambeau ciliaire, ce qui arrive fréquemment, au dire de de Græfe et d'A. Guérin.

Quant au reproche qu'adresse de Græfe à ce procédé, de ne pas déplacer les cils au niveau des angles, nous le croyons fondé, et nous estimons que le procédé d'Arlt ne doit être employé que dans les cas de trichiasis médian.

La méthode autoplastique se propose non seulement de relever les cils, mais aussi de les empêcher de revenir, à plus ou moins brève échéance, à leur place primitive.

Le lambeau, que tous les procédés de cette méthode placent sur le bord libre dans ce but, a encore l'avantage de

rendre à ce bord son épaisseur première, s'il était aminci. On peut donc dire que tous ces procédés remplissent bien les indications du trichiasis. L'entropion, lui, est-il également bien combattu, les résultats opératoires et les résultats esthétiques sont-ils satisfaisants ? C'est ce qu'il nous reste à examiner.

Watson appliqua son procédé à un cas de trichiasis, mais nous n'avons vu nulle part qu'il ait voulu en étendre le bénéfice à l'entropion, et, à notre avis, il a eu raison.

Dans l'entropion, en effet, la conjonctive est rétractée, le tarse recroquevillé et rapetissé ; il est de la première évidence qu'il faut, pour obtenir une bonne guérison, une guérison stable, sans crainte de récidive, rendre à ces parties leur structure première. Or, l'opération de Watson produit bien un allongement de la conjonctive en augmentant l'épaisseur du bord libre, mais elle n'agit en aucune façon sur le tarse. Si donc l'entropion est assez avancé pour avoir déjà déterminé des lésions de ce cartilage, elle ne peut combattre efficacement cette affection.

D'autre part, il n'est pas rare d'observer le sphacèle des lambeaux, adhérant seulement à leur base par un mince pédicule, surtout si on a été obligé de les tailler un peu longs.

Enfin, il est facile de comprendre, en lisant le manuel opératoire de ce procédé, que la régularité des cils doit être détruite. Ceux qui existent sur le lambeau ciliaire qui a été transplanté, se trouvent forcément sur un plan supérieur et produisent dès lors un effet assez disgracieux.

Il nous faudrait répéter, à propos du procédé de Nicati, tout ce que nous venons de dire en parlant de celui de Watson. Il est donc inutile de s'y arrêter plus longtemps.

Le procédé de Jünge est un progrès sur celui de Watson, mais il est, croyons-nous, tout aussi incapable que lui d'assurer au malade, atteint d'un entropion grave, une guérison

définitive. Dans les cas d'entropion léger, on pourrait cependant obtenir, au moyen de cette opération, un résultat satisfaisant.

Jünge s'est surtout préoccupé de donner au lambeau cutané toutes les chances possibles de vitalité, en le laissant adhérer par ses deux extrémités. Le lambeau ciliaire étant sectionné à droite et à gauche, afin de pouvoir loger dans les pertes de substance créées ainsi de chaque côté les pédicules du lambeau cutané, il nous semble que ce sont là des conditions défectueuses pour la nutrition de ce lambeau qui doit se sphacéler souvent.

Cette mortification, atteignant les bulbes des cils et les détruisant à tout jamais, est une chose grave et doit faire réfléchir le chirurgien.

Un autre inconvénient, de peu d'importance pour certains malades, mais capital pour d'autres, pour les femmes surtout, c'est le résultat esthétique peu brillant que donne ce procédé. Les pédicules du lambeau cutané venant coiffer, pour ainsi dire, le bord libre, interrompront fatalement la continuité des cils et nuiront à leur régularité.

Le procédé de Dianoux est analogue au précédent : il présente cependant certaines modifications qui obvient en partie aux défauts que nous avons trouvés dans le procédé de Jünge.

Dianoux, en conservant au lambeau ciliaire ses attaches latérales, lui assure, par ce moyen, une vitalité plus grande. Cependant l'auteur avoue lui-même que dans les cas de trichiasis ou d'entropion total, on a pu observer le sphacèle d'une partie de ce lambeau, et plus particulièrement de sa partie médiane, la plus éloignée des hiles.

Le lambeau cutané, quoique complètement détaché des tissus sous-jacents, conserve ses attaches latérales et présente par conséquent peu de chances de mortification.

Le bord libre, enfin, n'étant plus coiffé par ce lambeau cutané, on évite ainsi, pour la suite, une difformité désagréable, car la régularité des cils est conservée. Il doit exister, ce nous semble, au niveau des pédicules et par suite de leur superposition, une déformation de la paupière.

Enfin, nous devons répéter à ce procédé le reproche que nous avons fait à tous, de n'avoir aucune action sur le tarse et de n'être par conséquent pas applicable à la cure de l'entropion.

Le procédé de M. Dor est une excellente opération, échappant à toutes les critiques que nous venons de formuler contre les procédés étudiés jusqu'ici. Le lambeau ciliaire adhérent à ses deux extrémités présente peu de chances de mortification Le lambeau cutané reste attaché par sa face profonde aux tissus sous-jacents, et possède par conséquent toutes les conditions voulues de vitalité.

Ce même lambeau étant sectionné sur ses parties latérales et venant se placer par glissement en arrière de la rangée ciliaire, on n'a pas à craindre de déformations choquantes de la paupière, comme dans le procédé de Dianoux.

Le seul côté défectueux de cette opération, c'est de ne pouvoir guérir l'entropion et de n'être applicable qu'au traitement du trichiasis. Mais dans ce dernier cas, surtout si le trichiasis siège à la partie moyenne, ce procédé donne les résultats les plus satifaisants.

CHAPITRE VI.

ÉTUDE CRITIQUE DU PROCÉDÉ DE M. GAYET. — OBSERVATIONS

Les procédés que nous venons de passer en revue ne sont pas applicables à la cure de l'entropion. En est-il de même du procédé de Gayet ? M. L. Parant, dans sa remarquable thèse, se prononce hardiment.

«Contre l'entropion avec rétraction notable de la conjonctive et du tarse, notre procédé est le seul rationnel ; il est le seul dont on puisse attendre des résultats certains, quel que soit le degré de l'altération.» (Parant, Th. de Lyon, p. 83.) Son opinion nous semble être la bonne, et nous nous y rattachons entièrement.

On a pu voir, dans le chapitre premier, combien sont grands les désordres produits par l'entropion ; une opération vraiment rationnelle doit donc rendre à ces paupières la structure qu'elles possédaient auparavant, donner à la conjonctive rétractée sa longueur primitive et au tarse atrophié son épaisseur normale.

L'opération imaginée par M. Gayet a surtout en vue la restauration du tarse que tous les autres procédés négligeaient ; c'est là ce qui fait son originalité.

Au début, afin de mieux assurer cette restauration des tissus internes, M. Gayet introduisait un lambeau cutané dans une incision faite à la conjonctive et au tarse, parallèlement au bord libre, et vers la moitié de la hauteur du cartilage. Mais les difficultés qu'on éprouvait à agir ainsi, lui

ont fait simplifier son manuel opératoire, et l'opération qui a été décrite dans le chapitre quatrième atteint pleinement le même but.

M. Gayet fait donc de la tarsoplastie, c'est d'ailleurs le nom qu'il donne à son opération ; les autres procédés font simplement de la marginoplastie.

Cette opération n'est cependant pas exempte de reproches, et les divers auteurs qui se sont occupés de ce sujet lui en ont adressé plusieurs.

On a d'abord prétendu que le contact de la peau avec la cornée devait déterminer dans celle-ci un certain degré d'irritation. La même objection peut être faite à toutes les méthodes d'autoplastie, puisque toutes viennent placer, au niveau du bord libre, un lambeau emprunté à la peau. Nous n'avons d'ailleurs vu dans aucun cas des phénomènes d'inflammation pouvant se rattacher à cette cause, car l'on observe rapidement l'adaptation de cette peau à des fonctions de muqueuse.

En second lieu, le sphacèle de l'extrémité du lambeau survient quelquefois. Mais ce fait n'a pas grande importance, puisque, prévoyant cette mortification, on a soin de tailler un lambeau cutané plus long qu'il n'est besoin, et que ce sphacèle est en général superficiel.

Il peut cependant s'étendre au quart ou à la moitié du lambeau, sans que le résultat soit pour cela compromis. L'observation IV et les suivantes le prouvent surabondamment.

Observation V.

Entropion double. — Trichiasis.

(Inédite.)

L... Louise, 23 ans, domiciliée à Saint-Germain (Haute-Loire); entrée à la clinique le 3 octobre, sortie le 28 octobre 1887.

Début il y a 20 ans, à la suite d'une rougeole ; alternative de bien et de mal ; a été traitée au sulfate de cuivre.

État actuel : Des deux côtés, les bords palpébraux supérieurs sont rouges. Entropion et trichiasis ; traces d'anciennes granulations.

A gauche, cornée trouble ; *pannus tenuis* total.

A droite, mêmes lésions ; cornée légèrement kératoglobuleuse.

5 octobre. Opération. Malgré l'absorption d'une assez grande quantité de chloroforme, la malade est agitée, ce qui gêne beaucoup l'opération.

Opération de Gayet, précédée de la cauthoplastie. On taille, des deux côtés, un lambeau cutané adhérent par sa base à la partie externe ; on le maintient dans la gouttière par deux fils placés, l'un à son extrémité, l'autre à sa partie médiane. Immédiatement après cette opération, toute la région ciliaire est nettement portée en avant.

A noter, comme incident particulier, qu'en taillant le lambeau du côté droit, le bord ciliaire a été complètement détaché à son extrémité externe, dans une étendue de un demi-centimètre ; un point de suture a été placé pour le remettre dans sa situation normale.

7 octobre. Pas de pus, pas d'œdème.

8 octobre. Enlèvement des fils. Les extrémités des petits

lambeaux sont superficiellement sphacélées; le reste a très bien pris.

11 octobre. La partie médiane du lambeau du côté droit a complètement disparu, sphacélée sur l'étendue de 2 millim. ; le reste du côté externe s'est cicatrisé. Le côté gauche va bien.

17 octobre. On ébarbe les bords épais et mous du lambeau transplanté à droite, qui par son étendue blesse l'œil. Cautérisation de la surface cruentée au nitrate.

28 octobre. La malade sort bien améliorée, et, malgré le sphacèle survenu du côté droit, les cils sont bien relevés.

Observation VI.

Entropion double, surtout à droite.
(Inédite.)

M... Henriette, 28 ans, ménagère. Entrée à la clinique le 19 octobre 1887, sortie le 30 octobre.

A mal aux yeux depuis 8 ans. D'abord guérie, elle a eu une recrudescence depuis un an et demi.

État actuel : A droite, entropion de la paupière supérieure, très marqué à la partie interne, où tous les cils en pinceau frottent sur la cornée et déterminent de vives douleurs. La conjonctive palpébrale supérieure présente de grosses granulations ; conjonctive bulbaire très vascularisée. Cornée infiltrée, très trouble ; *pannus tenuis*.

A gauche, même état. Blépharophimosis, mais entropion moins marqué. La partie externe de la paupière supérieure seule présente une inversion de quelques cils qui frottent sur la cornée.

21 octobre. Opération de Gayet à droite.

Opération de Jœsche-Arlt à gauche.

23 octobre. Sphacèle de la moitié interne du lambeau à droite. Le reste va bien.

24 octobre. On enlève les sutures. On applique le lambeau sphacélé avec du collodion.

27 octobre. Le lambeau ne prend pas en grande partie à droite. On l'excise.

30 octobre. Cicatrisation complète. Sort.

Voici l'état de cette malade, le 27 février 1888 :

A droite, la vue est améliorée; disparition des douleurs. Les cils sont bien relevés par ce qui est resté du lambeau transplanté.

A gauche, elle recommence à souffrir, et l'on voit en effet quelques cils qui viennent frotter sur l'œil.

Dans ces trois cas, il s'est formé une espèce de tubercule, qui agissant comme un coin, tient les cils suffisamment relevés et les empêche de nuire.

Ce tubercule nuit d'abord un peu à la régularité des paupières, mais il ne tarde pas à s'affaisser, et celles-ci reprennent leur aspect normal.

D'ailleurs, afin précisément d'éviter ce sphacèle, on ne corrige, par le procédé de Gayet, que l'entropion externe ou interne. Lorsqu'il est médian, le lambeau devant être forcément très long se mortifie, et tout le bénéfice de l'opération est perdu.

Mieux vaut appliquer le procédé de Jœsche-Arlt, si le bord palpépral n'est pas aminci et si les causes ayant amené la déviation du bord libre ont disparu. Si ces conditions ne se trouvent pas réunies, on peut employer le même procédé, mais en interposant, dans la plaie inter-tarso-ciliaire, un lambeau complètement détaché, ainsi que l'a fait M. Truc sur les malades des observations II et III.

Cette idée de la transplantation d'un lambeau complète-

ment détaché, nous ne l'avons trouvée que dans un Compte-rendu de l'hôpital ophtalmique de Constantinople, publié en 1881 par Van Mullingen. Dans les cas où le lambeau ne peut être pris sur la paupière ou la région temporale, cet auteur emploie la muqueuse de lapin. M. Truc se sert du lambeau cutané qu'il excise à la paupière supérieure durant l'opération et qu'il maintient dans la plaie en suturant simplement aux deux extrémités.

On peut trouver à son procédé quelques défauts, bien légers toutefois. C'est ainsi que la coaptation est difficilement obtenue; on ne peut, en effet, multiplier les points de suture, par crainte du sphacèle. Le lambeau est alors pour ainsi dire repoussé et vient faire une saillie, qu'on est obligé plus tard de réséquer. Pour empêcher cette exubérance, il reste à trouver un moyen de contention plus parfait que ne l'est la suture en pareil cas.

En outre, dans les premiers temps, ce lambeau se montre sur le bord libre comme une pièce rapportée ; mais il s'identifie bientôt avec les tissus voisins, et au bout de quelques mois, on l'aperçoit sous l'aspect d'un bourrelet à peine saillant.

Les résultats esthétiques donnés par l'opération de Gayet sont excellents. Les cils présentent au bout de peu de temps une régularité parfaite et donnent à la paupière son aspect normal.

M. Gayet accuse cependant son procédé de produire une espèce de dédoublement des rangées ciliaires, qui formeraient comme deux pas de vis sur le milieu du bord libre. Ce fait ne se produit, toutefois, que dans le cas d'entropion médian ; si on suit alors l'exemple de M. Truc, qui en pareil cas applique son procédé, on évitera cet inconvénient.

Nous complèterons cette étude, en citant les observations de six malades opérés par le procédé de M. Gayet, qui mettront encore mieux en lumière son efficacité.

Observation VII.

Entropion de la paupière supérieure gauche.

(Inédite.)

A... Marie, 38 ans, ménagère; entre la clinique le 6 septembre 1887. Sortie le 13 octobre.

Elle a perdu l'œil droit depuis 19 ans à la suite de couches; l'œil gauche a été malade à la suite de la rougeole.

Etat actuel : A l'œil gauche, entropion de la paupière supérieure, déterminant quelques douleurs; ptérygion cicatriciel, conjonctive rouge, gros vaisseaux sur la cornée; léger degré de *pannus*, taie au centre. Chambre antérieure réduite. Kératocône léger. Fausses membranes à la partie inférieure.

Elle distingue un peu la lumière de cet œil.

L'œil droit est atrophié. Blépharophimosis intense, entropion aigu.

9 septembre. La malade étant chloroformisée, on pratique la cauthoplastie de l'œil gauche et on place deux points de suture. Les deux tiers externes du bord palpébral sont suffisamment éversés pour ne plus frotter sur la cornée. Le tiers interne reste seul en entropion.

10 septembre. Un peu d'œdème de la paupière.

19 septembre. On enlève les fils. La vision est améliorée.

30 septembre. Les fruits de la première opération sont en partie perdus et la paupière supérieure a de nouveau de la tendance à s'enrouler en dedans.

7 octobre. Opération de Gayet à la partie interne de l'œil gauche. Le lambeau couché dans la gouttière créée sur le bord marginal étant trop tendu, on le détache à sa base. Un point de suture est placé en avant, pour réunir les lèvres de la plaie créée par l'excision du lambeau.

10 octobre. On enlève les fils. Les lambeaux ont très bien pris.

13 octobre. La malade sort guérie.

Elle a été revue le 25 février 1888. La vue a, paraît-il, été améliorée un certain temps après l'opération ; mais un entropion survenu à la paupière inférieure a fait revenir les mêmes troubles que nous avons notés plus haut.

Au niveau de la partie opérée, les cils sont bien relevés et en correction parfaite.

Observation VIII.

Entropion de la paupière supérieure droite.
(Inédite.)

F... Célestine, couturière, 50 ans ; entre à la clinique le 3 décembre 1887 ; sort le 12 décembre.

L'œil gauche a été perdu, il y a 37 ans, à la suite de la rougeole et énucléé, il y a 7 ou 8 ans, à cause de la menace de phénomènes sympathiques. L'œil droit souffre depuis 4 ans.

Etat actuel : La conjonctive palpébrale est couverte de granulations. La paupière supérieure droite est renversée vers le globe oculaire, surtout à sa partie interne. La conjonctive bulbaire est fortement hypérémiée, la cornée recouverte d'un *pannus* assez épais.

5 décembre. Opération de Gayet à lambeau interne pour l'œil droit, et précédée de la cauthoplastie.

8 décembre. On enlève les fils.

12 décembre. La malade sort, elle y voit un peu plus clair.

Nous avons revu cette malade le 26 février 1888. Les résultats opératoires obtenus à la paupière supérieure du côté droit sont excellents ; les cils sont, à ce niveau, très bien relevés. Mais les désordres cornéens et conjonctivaux, un

moment amendés, ont de nouveau reparu par suite d'une poussée aiguë de granulations.

Observation IX.

Trichiasis interne de la paupière supérieure gauche.
(Inédite.)

F... Charles, 56 ans, forgeron. Entré à la clinique le 24 septembre, sorti le 4 octobre 1887.

Il nous dit avoir mal aux yeux depuis 30 ans.

Etat actuel : A l'œil droit, blépharo-conjonctivite ancienne, état cicatriciel des deux conjonctives, vascularisation du globe, cornée diffuse, *pannus* léger.

A l'œil gauche, état semblable, mais plus avancé, et en outre trichiasis marqué à la partie interne de la paupière supérieure, douleurs très vives.

Des deux côtés, blépharophimosis, synblépharon.

26 septembre. Cauthoplastie des deux côtés.

Mais comme sur l'œil gauche, à la partie interne, les cils frottent encore beaucoup, on excise un lambeau cutané et l'on suture.

28 septembre. Le malade ne sent plus les cils frotter sur l'œil.

3 octobre. On enlève les fils.

Le 21 novembre, le malade rentre de nouveau. Il sent encore les cils frotter à la partie interne de l'œil gauche ; il demande à être opéré

22 novembre. Opéré par le procédé de Gayet ; lambeau adhérent par sa base à la commissure interne.

25 novembre. On enlève les fils. Réunion complète.

28 novembre. Les cils ne frottent plus et le malade sort complètement guéri le 5 décembre.

Observation X.

Entropion double.
(Inédite.)

R... Henri, homme de peine, entre à la clinique le 1er décembre, en sort le 17 décembre 1887.

Début il y a 10 ans par les deux paupières ; gonflement, hypérémie intense, sensation de gravier, larmoiement. Au bout de quelque temps, il a senti frotter dans l'œil. Le malade arrachait au fur et à mesure les cils qui étaient éversés. En même temps la vue s'est obscurcie, est devenue trouble.

Etat actuel : Des deux côtés, les paupières sont tuméfiées, rouges, les bords ciliaires supérieurs sont en éversion. De nombreuses granulations existent sur la conjonctive. Les cornées sont troubles, recouvertes de gros vaisseaux, surtout à la partie supérieure. Large leucôme sur la partie externe de la cornée gauche.

2 décembre. Opération des deux côtés.

A droite, opération de Gayet. On taille un lambeau à base externe.

A gauche, opération de Jœsche-Arlt, avec résection d'un coin du cartilage tarse.

5 décembre. On enlève les fils.

8 décembre. Réunion parfaite; les cornées commencent à s'éclaircir un peu.

17 décembre. Le malade sort; sa vue s'est considérablement améliorée.

Observation XI.

Trichiasis et distichiasis.
(Inédite.)

L... Pierre, écolier, 17 ans; entré à la clinique le 17 octobre, sorti le 24 octobre 1887.

Ce malade a perdu l'œil droit dès les premiers jours de la naissance, probablement à la suite de conjonctive purulente. Il a mal aux yeux depuis longtemps; il sent comme du gravier dans l'œil. Photophobie, larmoiement.

État actuel: L'œil droit est atrophié; trichiasis et distichiasis. Le moignon est rouge et enflammé; du côté droit, trichiasis et distichiasis, cornée trouble, *pannus tenuis*, conjonctive bulbaire enflammée.

Granulations très nombreuses des deux côtés. On a traité jusqu'ici ce malade par l'épilation, mais cela ne suffisant pas, il entre à l'hôpital.

21 octobre. Opération de Gayet, du côté gauche. On taille un lambeau adhérent par sa base du côté externe, que l'on couche dans la gouttière inter-tarso-ciliaire; on le maintient par un seul point de suture.

A droite, on enlève un lambeau cutané, mais sans le rapporter

23 octobre. Sphacèle superficiel du lambeau à gauche; correction parfaite.

24 octobre. Les phénomènes d'inflammation que présentaient les deux yeux de ce malade ont totalement disparu; il sort.

Le 26 février, la guérison s'est maintenue du côté gauche; les cils abondamment fournis sont très régulièrement placés. Les cornées sont éclaircies, et la vue a beaucoup gagné. Du

côté droit, on voit quelques cils venir frotter le moignon qui commence à réagir.

Observation XII.

Entropion. — Trichiasis.
(Inédite.)

G... Luc, 27 ans, cuisinier. Entré à la clinique le 20 février 1888.

Antécédents héréditaires nuls. Comme antécédents personnels, rougeole dans la jeune âge. Le malade ne paraît pas avoir eu d'affections oculaires étant enfant. Ce n'est qu'en 1871 que se sont développées chez lui, etdes deux côtés, des granulations qui l'auraient déterminé, à cause de la photophobie intense qu'elles causaient, à entrer dans le service de M. Mollière, à Lyon, en 1873.

Une amélioration notable se produisit sous l'influence des cautérisations par le sulfate de cuivre. Mais en 1878, les granulations reprennent un développement plus considérable, s'accompagnant de photophobie, de kératite, et il entre dans le service de M. Gayet, où il fut traité par des applications de pommade au précipité jaune. Une nouvelle amélioration succéda à ce traitement méthodique.

En 1883, l'état de l'œil droit s'étant aggravé, M. Dubrueil pratiqua une cauthoplastie et l'épilation.

État actuel : Du côté droit, les douleurs qui s'étaient manifestées il y a une quizaine de jours, persistent. Il en est de même de la photophobie et du larmoiement. L'œil gauche n'est le siège d'aucune douleur.

La paupière supérieure droite est très épaissie ; les cils sont, dans la moitié interne, agglutinés et déviés du côté du globe.

La conjonctive bulbaire est un peu vascularisée. La cornée a perdu sa transparence, à peu près dans toute son étendue; elle est traversée par quelques gros vaisseaux.

Du côté gauche, les cils sont réunis en pinceau; quelques-uns frottent sur la cornée à la partie interne. État granuleux de la conjonctive palpébrale. Conjonctive bulbaire légèrement vascularisée. La cornée a un peu perdu de sa transparence.

25 février. Du côté gauche, incision au bistouri de la paupière supérieure et du cartilage tarse; cautérisation au thermo-cautère.

Du côté droit. Opération de Gayet, lambeau à base interne.

Dans la journée, une hémorrhagie assez considérable se produit du côté gauche.

27 février. Les fils sont enlevés. La réunion est parfaite du côté droit. Un peu de sphacèle du côté gauche.

29 février. Le lambeau transplanté a pris en totalité et relève les cils que le malade ne sent plus. C'est peut-être le meilleur résultat obtenu par l'opération de Gayet.

CONCLUSIONS.

La tarsoplastie est particulièrement efficace dans le trichiasis et l'entropion, avec altération profonde de la conjonctive palpébrale, et déformation notable du cartillage tarse et du bord ciliaire.

Le procédé de Gayet est susceptible d'une application générale. Il nous paraît convenir spécialement à l'entropion, avec trichiasis exclusivement interne ou externe. On prend alors un lambeau correspondant.

Dans l'entropion avec trichiasis total ou seulement médian, on peut employer des procédés divers (Dor, Dianoux, etc.) et surtout celui de Jœsche-Arlt, en y joignant, dans les cas graves, l'interposition d'un lambeau détaché à la paupière supérieure (Truc) ou un lambeau muqueux (Van Mullingen).

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 3 mars 1888.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 2 mars 1888.
Le Doyen,
CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Arlt. — Prager medic. Vierteljahrschrift, t. VIII, 1845.

Branchu. — De la transplantation du sol ciliaire, Thèse de Paris 1885.

Chodin. — Traité des maladies des yeux. Traduit par Dor dans Revue d'ophtal., t. II, N° 2.

Dianoux. — Du traitement de l'entropion par la méthode de M. Gayet. Annales d'oculistique, t. LXXXVIII, 1882.

Gayet. — De la cure de l'entropion par une méth. autoplastique. Annales d'oculistique, t. LXXXVII, 188?.

Jœsche. — Medical Zeitund Russlands 1844, N° 9.

Meyer. — Traité pratique des maladies des yeux, 3e édition.

Nicati. — Marseille médical, 1878.

Parant. — Du traitement de l'entropion et du trichiasis par la tarsoplastie, Thèse de Lyon 1883.

J. Story. — The ophtalmic review 1883 et 1886.

Van Mullingen. — Compte-rendu de l'hôp. ophtalm. de Constantinople 1881.

Warlomont. — Art. *Ophtalmie*, Dict. encyc. des sc. médic.

Watson. — Royal ophtalmie Hospital, reports VII, 1873.

— Medical Times Gazette, vol. XLIX, 1874.

TABLE DES MATIÈRES.

Introduction 9

Chapitre I. — Considérations générales sur l'entropion et le trichiasis 11

Chapitre II — Traitement. — Historique 15

Chapitre III. — Exposé des procédés actuels 19

Chapitre IV. — Exposé du procédé de M. Gayet. — Observations 24

Chapitre V. — Etude critique des procédés actuels 33

Chapitre VI. — Etude critique du procédé de M. Gayet. — Observations 37

Conclusions 50

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !